|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | |  | | 富里市標準様式 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票） | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | |  | | 事業所名 | |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 電話番号 | |  | | | | | | |
| ＦＡＸ番号 |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | | | | |
| 主治医 |  | | | 担当者名 | |  | | | | | | |
| ◇**利用者の情報**（＊蘭は「ケアマネジャー⇒主治医」の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | |  | | 生年月日 | |  | | 年 | | 月 | | 日 |
| 氏　　名 |  | | |  | | その他 | |  | | | | | | |
| ＊要介護度 |  | | |  | |  | | | | | | |
| **◇ケアマネジャー記載欄　　　　　＊医療機関からの返信希望　　□　要　□　不要** | | | | | | | | | | | | | | |
| 【内容】　□利用者の状況についての報告　□ケアプラン作成のため病状などの相談  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊《利用者の生活状況》 | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊《利用者の相談内容》 | | | | | | | | | | | | | | |
| □契約時の同意の他、改めて本人の承諾を得ております。 | | | | | | | | | | | | | | |
| □あらためて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、居宅介護支援に必要なため送付いたします。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ◇**医師記載欄** | | | | | | | | | | | | | | |
| □直接会って話をします　　□電話で話しをします　　□文書で回答します | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入日（　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | |